Rok XXXVII. Kraków 11. Czerwca 1898. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

Zez towarzyszący, cierpienie tak częste, bo wynoszące podług ostatniej statystyki Weckera, opartej na liczbie 67,620 chorych, cztery i pół procent (3002) wszystkich cierpień ocznych, stanowi ciągle temat sporny wszystkich zjazdów i rozpraw specyalnych, a to równie w kierunku etyologii, jak i terapii. Różnorodność zapatrywań, badania, wskazań leczniczych i operacyjnych nagromadziły od czasów Graefego i Dondersa stosy rozpraw, stanowiących istny chaos, wśród którego zaiste trudno wybrać najlepszą drogę, — tem trudniej. że cała nauka i wszystkie nasze wiadomości o zezie towarzyszącym stoją w bardzo ścisłym związku z fizyologią widzenia obuocznego, o którem nasze wiadomości pozostawiają dużo jeszcze do życzenia.

Zez powstaje w takim razie, gdy linie widzenia obu oczu nie przecinają się w przedmiocie spostrzeganym, ale w jakimś innym punkcie przestrzeni, czy to przed przedmiotem (zez zbieżny), czy to w przedłużeniu tylko poza gałkami (zez rozbieżny). Kąt, który owe linie ze sobą tworzą, nazywa się kątem zezu, a wielkość jego wynosić może od kilku do kilkudziesięciu, np. 60° i 70°, stopni perymetra, w poszczególnym przypadku.

Kąt ten nie jest w danym przypadku zawsze ilością stałą, ale może się wahać bardzo znacznie, jak np. w zezie okresowym, gdzie chwilami ginie zupełnie, w tz. zezie jednostronnym, gdzie przy wysiłku akomodacyjnym może znacznie się zwiększyć, a przy zwolnieniu akomodacyi do pewnego stopnia ustąpić. Nie zmienia się jednakże tak ciągle w zezach stałych, aby go oznaczyć nie można. Pierwotne oznaczanie zeza linijne, jak to robił Graefe, nie jest dokładne ani racyonalne; gdyż gałka, wykonując ruchy obrotowe, obraca się o jakiś kąt, opisując szczytem rogówki łuk, to też słusznie, aby zboczenia w ruchach oznaczano kątem lub łukiem, a nie wymiarem liniowym, analogicznie do tego, jak się oznacza siłę łamiącą oka soczewką, t. j. także siłą łamiącą, a nie milimetrami. To też nie wielu okulistów naśladuje sposób Graefego, jak np. Schweigger i inni; ale przeważna ich liczba przyjęła sposób Hornera, t. j. oznaczanie kąta zezu na łuku perymetru Foerstera, w stopniach. Badanego sadza się w środku perymetru tak, jak przy badaniu pola widzenia. Naprzeciw znaczka, na który badany patrzy, ustawia się w tejże samej wysokości świeczkę w odległości 6 metrów, na którą badany okiem niezezującem ma spoglądać, oko zezujące ustawi się wtedy w tej pozycyi, w jakiej ustawiać się zwykło, gdy pacyent bez akomodacyi patrzy w dal. Przesuwając teraz na łuku perymetru drugą świeczkę, naprzeciw oka zezującego, łatwo znaleźć ten punkt, w którym obrazek świeczki poruszanej odbije się w środku rogówki. Stopień, przy którym świeczka się na łuku perymetru znajdzie, jest właśnie stopniem kąta zezu. Oznaczanie to, choć nie jest bezwzględnie matematycznie ścisłe, jest przecież o wiele dokładniejsze, niż oznaczanie w milimetrach. U pacyentów spokojnych bardzo łatwo da się przeprowadzić; — u dzieci o wiele trudniej. Tutaj nieraz tylko w przybliżeniu kąt zeza da się oznaczyć i sposób Hirschberga jest bardzo w tym celu przydatny. Jeżeli obrazek trzymanej w odległości 35 ctm. świeczki, na którą badany patrzy, odbije się w środku rogówki, wtedy ustawienie gałek jest dobre. Jeśli obrazek znajduje się między środkiem rogówki a brzegiem źrenicy (mniej więcej 4 mm. szerokiej), kąt zeza wynosi do 10°; jeśli na brzegu źrenicy, to 10°—15°, między brzegiem źrenicy a rąbkiem (limbus), to 25°; na rąbku to 45°—50°; jeśli jeszcze dalej, to 60° i więcej. Liczby te, otrzymane doświadczeniami, są mniej więcej dobre, lecz że świeczka nie jest w odległości dalszej, przeto kąt przy tem badaniu nie da wartości prawdziwych. Wecker podał nieco zmodyfikowany perymetr ręczny, ochrzczony mianem strabometru, bardzo wygodny do użytku klinicznego; jako przedmiot do wpatrywania się służy lusterko, w którym odbijają się przedmioty, będące w odległości bardzo znacznej. Oznaczenie tym przyrządem nie jest wcale dokładniejsze, niż perymetrem zwykłym, a jedyna jego zaleta, że jest mały i lekki. Idealnie można oznaczyć zez tylko obrazkami zdwojonymi, bez lub z pomocą pryzmatów; jednakże różnice między tem oznaczaniem a sposobem Hornera są nieznaczne. Oznaczywszy na perymetrze kąt zezu, oznaczyliśmy zarazem i kąt α (alfa), t. j. kąt, który tworzy oś rogówki z linią widzenia. Ponieważ nam jednak nie tyle chodzi o oś rogówki, jak o oś widzenia, przeto należy uwzględnić odpowiednią poprawkę.

Jeżeli oś widzenia biegnie na wewnątrz osi rogówki, to kąt ten oznacza się znakiem +; gdy na zewnątrz, to kąt α jest —. Jeśli ten kąt jest mały, wynoszący n. p. 2—3°, to nic nam przy badaniu ustawienia oczu nie podpada; jednakże, gdy wynosi 5° lub 7 i 8°, to zależnie od jego położenia możemy mieć złudzenie zezu rozbieżnego gdy jest + α, zbieżnego, gdy jest — α, mimo że linie widzenia zupełnie dobrze są położone. W hipermetropii, z nią bowiem najczęściej przy zezie zbieżnym się spotykamy, kąt α jest albo zwykle mały, albo jeśli jest większy, to jest najczęściej dodatni. To też trzymając się tych dawniejszych zapatrywań, mogłoby się łatwo zdarzyć, że łudząca rozbieżność (diwergencya) po operacyi zezu, mogłaby spowodować

operatora do ograniczania efektu operacyjnego, podczas gdy gałki zupełnie dobrze stoją; albo zwiększenia efektu, gdyby ujemne położenie kąta α pozorowało jeszcze zez zbieżny. To też przedtem należy kąt ten oznaczyć, zwłaszcza, że podług ostatnich badań, w zezie zbieżnym, niezależnie od refrakcyi, kąt ten może być tak + jak i — i nie stoi w żadnym stosunku do rodzaju i wielkości stopnia zezu. Do oznaczenia tego kąta posługiwać się można również perymetrem, przyczem jednak drugie oko winno być zakryte. Ustawiwszy oko badane w środku łuku perymetru, z poleceniem patrzenia w znaczek środkowy, poruszamy na łuku perymetru świeczkę tak długo, aż obrazek jej płomienia ustawi się w samym środku rogówki; odpowiedni stopień perymetru, przy którym świeczka stoi, znaczy kąt α w stopniach. Należy ten zachód kilkakrotnie powtórzyć, aby się o ile możności, od omyłek uchronić. Dokładniejszy, a równie prosty, jest sposób Charpentiera: zamiast znaczka naośnie widzianego (fiksacyjnego), umieszcza się w środku łuku perymetru płonącą świeczkę, w którą oko badane wpatruje się. Badający zaś, wizując poza łukiem perymetru, stara się uchwycić punkt, w którym obrazek spostrzegany płomienia odbije się na środku rogówki; kąt znaleziony na łuku perymetru wynosi 2 α. Sposób ten, jest o tyle lepszy, że przypuszczalna omyłka wynosi tylko połowę. Również dobrze posługiwać się można oftalmometrem Javala, lub fakometrem Tscherninga, jeśli badający ma wprawę w używaniu tych przyrządów. Inne sposoby są zbyt zawikłane i zbyt wiele czasu wymagające (Uhthof, Bielschovsky), aby miały zastosowanie kliniczne. Jeśli oko utraciło zdolność nastawiania się na przedmiot, w takim razie, nie jest to oznaczenie możliwe. Możnaby wtedy ten kąt na oku drugiem oznaczyć i uskutecznić potem odpowiednią poprawkę. Znaleziony kąt α należy w zezie zbieżnym, jeśli jest dodatni, dodać, gdy jest ujemny — odciągnąć. Odwrotnie zaś postąpić w zezie rozbieżnym, aby otrzymać rzeczywisty stopień zeza. Wprowadzony przez Landolta kąt ϰ (kappa), który tworzy linia widzenia z osią źrenicy, jest łatwiejszy do oznaczenia, niż kąt α; podany został przez Landolta dlatego, że środek źrenicy łatwiej jest oznaczyć, niż środek rogówki; ponieważ jednakże jego stosunek do kąta α jest zupełnie nieznany i niezbadany, przeto też w ogólnej literaturze, prócz kilku autorów (Wecker, Prouff), wzmianki o nim nie znajduję. Jeden z następnych punktów, które w badaniu zeza dokładnie uwzględnić należy, jest ruchomość gałek ocznych, zatem pole patrzenia (Blickfeld), które w zezie zwykło ulegać bardzo znacznym zmianom. Badania w tym kierunku wykonane, przez nader licznych autorów wykazują, że gałka u człowieka z oczami miarowemi (emmetropia) jest w stanie, przy zupełnie prawidłowych mięśniach, zwrócić się ku nosowi do 50—55°, ku skroni 48°—50°. Volkmann, Hering, Donders, Landolt znaleźli inne liczby, bądź to wyższe, bądź niższe; jednakże za najniższą, a jeszcze prawidłową, ilość uważać należy 47° tak ku skroni, jak i ku nosowi. U krótkowidzów (Myopów) pole ruchów jest mniejsze, u ludzi z oczami nadmiarowemi (hipermetropów) — wyższe nieco, spowodowane utrudnieniem lub ułatwieniem ruchomości gałki zależnie od budowy oka. Jednakże ruchy te zupełnie za prawidłowe uważać należy, póki poniżej 47° nie opadły. Pole widzenia ku górze i ku dołowi mniej nas obchodzi i dlatego też pomijamy tu te 2 kierunki. Jedno jeszcze należy nadmienić, że u ludzi z oczami nadmiarowemi (hiperopów) ruchomość ku nosowi bywa, w stosunku do ruchomości ku skroni, nieco większa. Aby mieć dokładne pojęcie o ruchach oka, należy je zbadać perymetrem przedmiotowo. Podmiotowe badanie, jak się przekonano, często się z powodu niedowidzenia (amblyopii) uskutecznić nie daje, a granice znalezione podmiotowem badaniem są znacznie mniejsze, niż wykryte przy badaniu przedmiotowem. Ustaliwszy głowę badanego zapomocą płytki drewnianej, którą badany chwyta zębami, przesuwa się po łuku perymetru, mały znaczek, na którym umieszczone są próby druku, właśnie w tej odległości (promienia perymetru) jeszcze widzialne, — ku skroni oraz ku nosowi, póki je badany przeczytać może. Granica dokładnego widzenia jest granicą ruchomości, a stopień perymetru, przy którym badany znaczka już odcyfrować nie może, podaje stopień ruchomości oka.

Jak już wspomniano, granice, znalezione tym sposobem, są nieco mniejsze, niż badaniem przedmiotowem. — Wytłómaczenie tego mogłoby leżeć w tem, że oko trudniej rozpoznaje przedmioty, szczególniej drobne druki, jeśli się znajduje w niewygodnem i niezwykłem położeniu, jakiem jest krańcowe ustawienie. Tłómaczenie to A. Graefe wyzyskał do wyjaśnienia poprawy bystrości wzroku w niedowidzeniu (amblypii) po operacyi. Badając przedmiotowo, usadzamy tak samo badanego i, podczas gdy na nasze wezwanie zwraca on gałkę silnie ku skroni, staramy się świeczką, poruszoną na łuku perymetru, wywołać jej obrazek na środku rogówki. Stopień, odpowiadający ustawieniu dobremu świeczki, jest stopniem pola ruchomości. I tutaj należy pamiętać o kącie α (alfa). Badanie ruchomości ku nosowi należy nieco zmodyfikować, gdyż często rogówka kryje się przy bardzo wydatnych ruchach poza grzbiet nosa. To też w tym razie, przy silnem zwróceniu gałki ku nosowi, oznaczamy odbicie (refleks) świeczki na rąbku (limbus) rogówki, a potem, polecając wpatrywać się (fiksować) w znaczek perymetru, oznaczamy stopień po raz drugi, tworząc ponownie obrazek na rąbku (limbus). Dodając obecnie znalezioną ilość do ilości stopni, otrzymanej z ekskursyi ku skroni, mamy dość dokładnie całe pole ruchów poziomych. Sposób ten wykazuje łatwo nawet drobne ograniczenia ruchów gałki. Schneller i Landolt, badając znaczne liczby zezujących, wykazali, przy pomocy obszernej statystyki, że stałym prawie objawem w zezie towarzyszącym jest upośledzenie ruchomości, dochodzące nieraz do 10°, w kierunku działania antagonisty mięśnia zezującego i to n i e t y l k o n a o k u z e z u j ą c e m, a l e i n a d r u g i e m. Szczególnie widocznem to jest w zezach z kątem stałym; w zezach peryodycznych ani Schneller ani Landolt, tego wykazać nie zdołali. Że w zezach znajduje się upośledzenie ruchomości, to było i dawniej wiadomo; toć Graefe i Donders już na to uwagę zwracali. Ponieważ jednak ograniczano się na oznaczaniu, czy rogówka dochodzi do kąta wewnętrznego lub zewnętrznego szpary, lub na ile milimetrów kryje się pod mięskiem łzowem, przeto, wobec różnej wielkości szpary powiekowej, nieraz i dość znaczne upośledzenia mogły ujść uwagi badającego.

To upośledzenie ruchomości obu gałek jest o tyle ważnem, że łatwo tłómaczy niepowodzenia operacyjne i że objaw ten stał się później podstawą zmiany terapii operacyjnej zeza.

Niemniej jak poprzednie badanie ważnem jest w tych razach dokładne oznaczenie refrakcyi, akomodacyi i bystrości wzroku, czy to sposobem podmiotowym, czy też przedmiotowym, gdzie u dzieci szczególnie, oddaje dobre usługi skiaskopia bez lub w połączeniu z atropiną. Szczególniej baczyć należy, czy niema astygmatyzmu, który jest stałym towarzyszem zezu podług Javala, w 56% przypadków podług Chevallereau. Nader często przeszkadza w oznaczeniu refrakcyi sposobem podmiotowym wyższe lub niższe niedowidzenie (amblyopia) oka zezującego. Zaledwie mały odsetek zezujących oczów jest od niego wolny. Większa liczba posiada znaczne niedowidzenie; podług statystyki ostatniej Weckera zaledwie czterdzieści pięć prc. wszystkich zezów posiada bystrość wyższą, niż jedna czwarta; wcale nierzadkie jednak są przypadki niedowidzenia (amblyopie), gdzie pacyent z trudnością liczy palce na kilkadziesiąt centymetrów, przyczem nieraz i zdolność widzenia naośnego jest mniej więcej upośledzona, jeśli nie zniesiona zupełnie. Pole widzenia takiego niedowidzącego oka, badane większym znaczkiem, zwykle nie okazuje zmian. Jednakże znaczkami małymi można wykazać w wielu przypadkach nietylko ścieśnienia obwodowe, ale i ubytki środkowe lub przyśrodkowe. (Guillery, Noyes i inni). Trudno ten objaw pogodzić z zapatrywaniem, że niedowidzenie (amblyopia) oka zezującego jest pochodzenia funkcyonalnego z nieużywania (ex anopsia), jak twierdzi cała gromada autorów (Graefe, Donders, Javal, Leber, Grut, Schnabel), w przeciwieństwie do innych, uważających niedowidzenie nie jako następstwo zezu, lecz jako zmianę wrodzoną, jako jednę z przyczyn zezu. (Schweigger, Alfred Graefe, Mules, Noyes i in.)

Gdyby te zmiany były rzeczywiście pochodzenia funkcyonalnego, powinny by być, co do nasilenia, odpowiednie tak stopniowi zezu, jak i jego trwaniu i powinny by znajdować się w każdym przypadku; tymczasem w zezie jednostronnym, gdzie już chyba najkorzystniejsze są warunki do powstania niedowidzenia (amblyopii), przecież w 28% nie dało się go wcale wykazać (Berlin). Spostrzeganie u dziecka, w kilka tygodni po wystąpieniu zeza, tak znacznego niedowidzenia, że po zawiązaniu oka niezezującego trudno mu się było oryentować, nie świadczy zaiste o pochodzeniu funkcyonalnem (Graefe). Koenigstein, Schleich, Naumoff i Truc, badając noworodki, znajdowali w znacznej liczbie przypadków, bądź to na tarczy nerwu wzrokowego, bądź też w jej sąsiedztwie, świeże wynaczynionki, wywołane czynnością porodową. Zmiany te mogą zupełnie ustąpić tak, że ich później wziernikiem wykazać nie można. A jednak mogą one wytworzyć stałe upośledzenie wzroku, które później przedstawia się jako niedowidzenie *ex anopsia*. Zresztą znajdujemy przy badaniu dość często niedowidzenie bez zezu, tego samego typu, jak w oczach zezujących, i niewahamy się ich nazwać wrodzonemi. Twierdzenie, że niedowidzenie jest skutkiem nieużywania, polegało na tem spostrzeżeniu, że w wielu razach, po operacyi zeza, nieraz w bardzo krótkim czasie, zauważono poprawę bystrości wzroku oka niedowidzącego. Fakt ten, jakkolwiek przez poważnych pisarzy (Schweigger, Alf. Graefe i in.) zaprzeczany, przecież niewątpliwie istnieje. Oprócz przypadków, sporadycznie ogłaszanych, dowodzi tego praca Villaieta, który zestawiwszy 151 przypadków niedowidzenia (amblyopii) u zezujących, i spostrzegając je przez czas dłuższy, wykazał, że bystrość wzroku podnosiła się bądź to wolno, bądź raptownie, tak, że nieraz dochodziła do 3 i 4-kroć wyższych wartości, niż przed operacyą, a co ważniejsze, że w przecięciu większe były poprawy w niedowidzeniach wyższych stopni, niż przy zachowanej jakiej takiej bystrości wzroku.

Z drugiej zaś strony podawane nieraz kolosalne poprawy bystrości wzroku polegają z pewnością bądź to na omyłkach, lub na niedokładnem, czy też w niekorzystnych dla oka zezującego warunkach wykonywanem, badaniu. Jeśli chorego badamy w ten sposób, że zasłoniwszy mu oko zdrowe, zmusimy go do ustawienia oka zezującego w środku szpary powiekowej, to często zdarzy się, że znajdziemy niższą bystrość wzroku, niż wtedy, jeśli badane oko ustawione w zwykłem położeniu zezującem, a ruch gałki badany zastąpi ruchem głowy (A. Graefe, Burhardt), gdyż to położenie jest dla badanego wygodniejsze. Różnice w ten sposób otrzymane, bywają bardzo znaczne, jak n. p. w przypadku Graefego bystrość wzroku z $^2/_{60}$ podniosła się do $^1/_2$! Twierdzenie, że ucisk mięśni na gałkę jest przyczyną niedowidzenia (amblyopii) i poprawa bystrości zależy li tylko od zwolnienia napięcia w łuku mięśniowym przez tenotomię uzyskanego (Mittendorf), jest zupełnie błędne. Więzadła boczne (ailerons-Bindenflügel) tak właśnie są położone, że o ucisku na gałkę przez mięśnie mowy być nie może (Motais). Jakkolwiek bystrość wzroku znacznie się poprawia, to przecież nader rzadko dochodzi do pełnej bystrości, coby przecież być powinno, skoro operacyą oko dobrze ustawimy, tak, że może bardzo wygodnie brać udział w patrzeniu, równocześnie z okiem drugiem. To też racyonalnem się być wydaje, rzadko wspominane twierdzenie Dondersa, później przez Mulesa powtórzone, że tu się 2 stany sumują. Wobec na pewno wykazywanej poprawy do pewnego stopnia, niedowidzenie (amblyopia) polega nietylko na zmianie wrodzonej, ale do niej dołącza się pewien brak ćwiczenia, pewna nieczułość siatkówki która wskutek ćwiczeń ustąpić może, i o tyle tylko niedowidzenie zdolne jest do poprawy. Zatem niedowidzenie u zezujących byłoby wynikiem dwojakiego rodzaju wpływów. Temu też po części zawdzięczać należy, że mimo złego ustawienia gałek, zezujący nie widzi w zwykłych warunkach podwójnie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przetoka kałowa jelita ślepego skutkiem nacieku okołomacicznego. Samoistne wyleczenie.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski

z Sambora.

Jak niezwykły i nieobliczalny przebieg cechuje nieraz zejście nacieku okołomacicznego, dowodzi przypadek chorobowy, który, dla jego nadzwyczajnej rzadkości, podaję do wiadomości ogółu lekarskiego.

L. K., żona rzeźnika z Sambora, lat 32 licząca, poddała się w miesiącu lipcu, 1897 r., we Lwowie, operacyi krwawego rozszerzenia ujścia macicznego, jako zabiegowi, mającemu ją wyleczyć z dotychczasowej bezpłodności. Po powrocie do domu czuła się ona ciągle chora, jednakże, wobec nieznacznych bólów w krzyżach, pobolewań w okolicy obu

pachwin, uważała stan swój chorobowy jako konieczne następstwo przebytego zabiegu operacyjnego i nie wzywała pomocy lekarskiej. Dopiero w 4 miesiące, licząc od dnia operacyi dyscysyi, wezwała lekarza, który stwierdził naciek okołomaciczny głównie po stronie prawej, dalej stan podgorączkowy i zarządził udanie się chorej do łóżka. Gdy w kilka tygodni później zawezwano mnie do tej chorej, zastałem stan następujący: Chora o budowie ciała dobrej, podupadłem odżywieniu. Błony śluzowe, dostępne badaniu, blade; skóra również blada, o żółtawem odcieniu. Ciepłota ciała 39.2° C., tętno miękkie, 96 na minutę. Brzuch mocno wysklepiony, głównie ponad pępkiem, a przy obmacywaniu stwierdza się duży twardy opór o nierównej powierzchni, przy dotyku mocno bolesny, który rozprzestrzenia się aż na talerze biodrowe. Wejście do pochwy wązkie, pochwa krótka, na tylnej ścianie wał odpowiadający prostnicy. Część pochwowa macicy krótka, gruba, ujście szparowate, zwrócone ku stronie lewej.

Dalszy ciąg macicy w sklepieniu przedniem, wszystkie zaś sklepienia obmurowane naciekiem twardym, przechodzącym w naciek od zewnątrz wybadalny. Wprowadzenie wziernika niemożliwe, sondą maciczną nie badano [1]).

Z podmiotowych objawów należy podnieść napadowe bóle w całym brzuchu, częste i bolesne parcie na mocz, brak łaknienia i bezsenność. Taki stan utrzymywał się niemal bez żadnej zmiany, do której chyba można zaliczyć skąpe wydzielanie się rzadkiej białawej ropy przez pochwę, które wystąpiło w 8-mym tygodniu choroby. Leczenie stósowano przeważnie objawowe, ograniczające się na kojeniu bólów zapomocą gałek z tłuszczu kakaowego z makowcem, lub morfiną, odprowadzaniu moczu cewnikiem, podawaniu środków nasennych i maści z ichtyolu i jodku potasowego. Przedłużająca się choroba zniecierpliwiła chorą, jak i jej otoczenie i, mimo, że stan jej nie zupełnie nadawał się do zniesienia dalszej jazdy, odwieziono ją do Krakowa, na oddział III szpitala św. Łazarza. Z przebiegu choroby, od dnia 27 października do 29 grudnia 1897 r., podług zapisków łaskawie mi przez Dr. Ackermana udzielonych, nadmieniam, że, w dwa dni po przybyciu do Krakowa, spostrzeżono obfitą wydzielinę ropną z pochwy, chociaż nigdzie, mimo badania sklepień, nie znaleziono spodziewanego otworu, któryby miejsce przebicia się wypociny wskazywał. Wśród stósowania kataplasmów, później mięsienia i zresztą objawowego leczenia, chora na własne żądanie opuściła szpital i powróciła do Sambora, gdzie ją zaraz następnego dnia odwiedziłem. Odżywienie jej podupadło do tego stopnia, iż zaledwie można się było domyślać, że to ta sama osoba, którą przed dwoma miesiącami widziałem.

Naciek okołomaciczny zmniejszony, a stopień jego zbitości nierównie mniejszy, aniżeli to przed dwoma miesiącami miało miejsce.

Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową macicy nieruchomą, a skombinowane badanie poucza, iż cała macica stanowi z naciekiem jedną całość, dającą się nieco od strony prawej ku lewej przesunąć. Odpływ ropy nieznaczny, bóle natomiast dość silne, szczególnie pod wieczór, w którejto porze dnia podniesienie się ciepłoty ciała dochodzi do 38·8° C.

[1]) Ściśle podług historyi choroby, przesłanej mi uprzejmie przez kolegę Dra Ackermana, podług zapisków przez niego prowadzonych (Nr. prot. stanu 395).

Język suchawy, pragnienie wzmożone, łaknienie liche. Przez dwa tygodnie, licząc od powrotu z Krakowa, stósowano dalej kataplasmy, które sprawiały zawsze złagodzenie bólów w jamie brzusznej i zdawałoby się, że wpływały na rozdzielanie się wypociny, gdyż stanowczo zmniejszały stopień jej zbitości. W trzecim tygodniu spostrzegłem po stronie prawej brzucha, w okolicy, odpowiadającej jelitu ślepemu, obrzęk wielkości kurzego jaja, pokryty skórą jasnoczerwoną, zcieńczałą, a badanie dotykiem, zapomocą palców wskazujących obu rąk, wykazywało niewątpliwe chełbotanie we wnętrzu tego obrzęku. Będąc przekonanym, iż treścią obrzęku nie może być nic innego, jak ropa, zaproponowałem chorej otwarcie ropnia, na co, po jednodniowem wahaniu się, przystała. Skóra nad obrzękiem dochodziła najwyżej 3—4 m. m. grubości, toteż jedno pociągnięcie nożem o szerokim brzuścu wystarczyło do otwarcia jamy ropnia.

Jakież było moje zdziwienie, gdy zobaczyłem, zamiast ropy, kał ciemno-brunatny, w części rzadki, w części grudkowaty, przez który wydobywały się z głębi bańki gazów gnilnych, mocno cuchnących. Jama ta, wypełniona kałem, była dość duża, bo jak na oko mogłem ocenić, zmieściłaby w sobie z łatwością pięść dorosłego mężczyzny; miejsca w jelicie, przez które kał się przedostał, znaleźć nie mogłem, a zresztą niemiłą niespodzianką, jaką mi sprawił rodzaj treści otwartego ropnia, byłem na tyle przerażony, iż w braku umiejętnej asystencyi, nie szukałem nawet dokładnie miejsca przebicia ściany jelitowej. Mając pod ręką 5% roztwór kwasu karbolowego i irygator, napełniony letnią wodą, sporządziłem sobie na prędce litr 1%-wego roztworu kw. karb. i nim przestrzykałem całą jamę, aż do zupełnego wydalenia z niej kałowej treści. Następnie wytamponowałem gazą jodoformową, której przeszło jeden metr kwadratowy zużyłem i zaopatrzyłem zewnętrzną ranę brzuszną tąż samą gazą, grubym podkładem waty i opaską. Na drugi dzień zmieniłem cały opatrunek, przyczem gaza, wyjęta z jamy, była w zupełności przesiąknięta płynnym kałem, jednakże wydzielania się świeżego kału nie spostrzegłem. Gaza, wyjęta czwartego dnia z jamy, cuchnęła wprawdzie jeszcze kałem, jednakże nierównie mniej, niż przy ostatnim opatrunku, a na powierzchni jej spostrzegłem gęstą śmietankowatą ropę, z domieszką nieznaczną krwi. Od tego czasu wydzielała się wyłącznie ropa kredowobiała, a w wydzielinie nie pojawił się kał ani razu.

Wydzielina ropna była bardzo obfita tak, że codzienna zmiana opatrunku, w ciągu dni 12, okazywała się konieczną. Później zmniejszyła się ilość wydzieliny, a przez przeciąg następnych dwu tygodni wystarczało zmieniać opatrunek co 3 dni.

Początek wydzielania się ropy z operacyjnej rany brzusznej stanowił przełom w podmiotowym stanie chorej. Ustało zupełnie parcie na mocz i stolec, nacichły bóle w jamie brzusznej, znikły gorączka i bezsenność, chora poczęła się lepiej odżywiać tak, że po upływie 7 tygodni, od dnia otwarcia rzekomego ropnia, chora opuściła łóżko i potrzebowała mej pomocy lekarskiej wyłącznie dla przyżegania azotanem srebrowym bujnej ziarniny, która na brzegach rany skórnej się wytworzyła, podczas gdy komunikacya z jamą brzuszną, przez dokładne zasklepienie się otworu rany operacyjnej, zupełnie została zniesiona.

Obecnie osoba ta jest zupełnie zdrową, oddaje się swym

zajęciom domowym, a tylko porozszerzane naczynia chłonne na całej powierzchni skóry brzucha, nadające skórze pstre wejrzenie, przedstawiają jedyny ślad przebytej ciężkiej sprawy chorobowej, wyjątkowo tak pomyślnie zakończonej.

W przebiegu naszkicowanej historyi choroby dwa punkty dawałyby do myślenia: Za pierwszy uważam czynnik etyologiczny, który spowodował, w 3 miesiące po dyscysyi ujścia macicznego, zapalenie około maciczne z następowem wytworzeniem się wypociny; za drugi — wyjaśnienie, dlaczego, mimo przebicia jelita, nie przyszło do ostrego zapalenia otrzewnej, względnie zakażenia tej, tak czułej, błony przez treść kałową?

Na pierwsze pytanie mogę odpowiedzieć tylko z pewnem prawdopodobieństwem, iż czynnikiem etyologicznym do powstania zapalenia przy — około i wewnątrzmacicznego mogło być zakażenie przy spółkowaniu, może dotkniętego rzeżączką, męża pacyentki.

Drugi punkt objaśniam sobie w ten sposób, iż całe jelito ślepe, wraz z wyrostkiem robaczkowym, było niejako wmurowane w zbitą wypocinę okołomaciczną tak, że treść jelita, po przebiciu jego ściany, dostała się do jamy w wypocinie samej powstałej i że cała sprawa odbyła się skutkiem tego *extra cavum peritonei* [2]).

III. Oceny i sprawozdania.

„Tropon", nowy przetwór odżywczy.

Rozgłoszona po świecie telegramami z międzynarodowego Zjazdu higienicznego w Madrycie (10—17 kwietnia 1898) „synteza białka", nie jest nią wcale. Niestety, w ostatnich czasach każde prawie odkrycie, zwłaszcza uczonych niemieckich, bierze w opiekę bałamucąca reklama, mająca na oku zyski przedsiębiorców, co budzić musi niesmak i rzucać cień na istotnie nawet dobrą rzecz.

Profesor higieny w Bonn, Finkler [1]), podał nową postać białka, która ma łączyć w sobie zalety pożywności i taniości, co jednak nic wspólnego nie ma z synteza białka. Utworzenie tego nowego białka oparł F. na zasadach następujących:

Bardzo często można spostrzegać, jak ustrój ludzki niedomaga poprostu z niedostatecznego odżywiania.

Wziąwszy się do badania pod tym względem robotników, można u nich zauważyć przedwczesne zestarzenie się, liche odżywienie, nieodporność w chorobach i wyczerpanie sił. Ale dotyczy to nietylko robotników, nie tylko biedniejsza ludność, bo nieraz i osoby zamożne okazują nadzwyczaj małą wydatność mięśniową, oraz rozmaite objawy, zasadzające się na niedostatecznem odżywianiu. Nawet ludzie z pełnymi kształtami ciała, zaokrągleni, uchodzący za silnych, kwitnących, już w pierwszej próbie siły mięśniowej odsłaniają swą słabość, a po przeprowadzeniu leczenia odtłuszczającego dopiero widać, jak liche są ich mięśnie. Mimo więc pełnych kształtów ciała uważać należy tych ludzi za nieodżywionych.

Wobec tego zadaniem lekarzy jest wyszukać braki odżywiania się ludzi, oznaczyć wielkość i sposób tych braków i zaradzić im w sposób ogólnie dający się zastosować.

Przedewszystkiem trzeba się oprzeć na zasadach odżywiania ustroju. Na podstawie prac ostatnich czasów (przeważnie fizyologa Pflügera) upaść muszą dawniejsze błędne wyobrażenia. Szczególnie dwie sprawy mylnie pojmowano. Powszechnie bowiem sądzono, że przy pracy ciężkiej ubywa tłuszczu przedewszystkiem, a powtóre, że izodynamia istot azotowych i bezazotowych sięga tak daleko, iż pozwala na zupełną wymianę wzajemną obojga tych istot podług ich ciepłotek (kaloryj). Tymczasem pewna ilość białka w zwierzęcej przemianie materyi jest stała i nie mogą jej zastąpić tłuszcze i węglowodany. Udział białka w przemianie materyi oznaczyć można tylko na podstawie ilości białka zawartego w pożywieniu z pominięciem tego, czy wiele, czy też mało tłuszczów i węglowodanów ustrój spożywa. Pracę żywotną mięśni umożliwia białko, które też jest jedynem bezpośredniem źródłem siły mięśniowej. Białko tedy jest pożywką pierwszorzędną, zaś tłuszcze i węglowodany — drugorzędną.

Bez rozkładu białka nie można sobie wyobrazić wcale pracy mięśniowej, która obejść się zdoła bez tłuszczów i węglowodanów. Właściwą tedy częścią składową żyjącej, czynnej komórki jest białko. W przyszłości należy jeszcze rozstrzygnąć za pomocą dalszych badań, o ile i w czem pomagają do rozkładu białka dla wykonania pracy tłuszcze i węglowodany. Na zasadzie wspomnianych pewników trzeba więc przedewszystkiem oznaczyć miarę pożywienia dla białka to jest tę prawidłową ilość jego potrzebną do odżywienia. Można to zrobić w dwojaki sposób, albo obliczając ilość białka zjadanego, albo też rzeczywiście zjedzonego, to jest istotnie wessanego. W pierwszym razie oprzeć się trzeba na doświadczeniu żywienia większej liczby ludzi pracujących, więc n. p. wojska; w drugim zaś razie należy czynić próby. Z mnóstwa obliczeń można przyjąć średnio że: 1) na ciężko pracującego mężczyznę na dzień wypada 145 grm. surowego białka; 2) na pracującego lżej 96 grm; 3) na kobietę miernie pracującą 61 grm. Z tego wypadnie, licząc mężczyznę na 65 kgm wagi ciała a kobietę na 55 kilogramów, że na 1 kilogram wagi ciała i na dobę trzeba w pierwszym przypadku 2·23 grm., w drugim 1·48 grm., a w trzecim 1·1 grm. Te liczby jednak wymagają koniecznej poprawki, ponieważ przecież nie cała ilość białka zjadanego wsysa się do ustroju. Część pewna białka zawsze odpadnie, nie strawi się dla ciała. Badania szczegółowe wykazały, że dla każdej pożywki istnieje inna poprawka, wyrażająca odsetek białka niewessanego. Ta poprawka nie jest jednak stała, bo zmienia ją sposób przyrządzenia pożywki, jak również mieszanie pożywek, na czem właśnie polega to, co się nazywa obiadem, „menu". Można przecież wynaleźć taką średnią poprawkę, która nie będzie bardzo błędna, na podstawie licznych doświadczeń. Tak samo ogólnie można w przybliżeniu oznaczyć poprawkę dla białka zwierzęcego i roślinnego. I tak od białka zwierzęcego należy odciągnąć 5%, od roślinnego 35%, jako tę poprawkę.

W ten sposób przerzeczone liczby, w odniesieniu do białka strawnego, czyli wessanego, będą:

	na głowę	na kgm. wagi ciała
1) =	108·08	1·67
2) =	72	1·1
3) =	45·8	0·83

To więc będzie oznaczenie ilości białka na zasadzie doświadczenia codziennego z żywieniem większej liczby ludzi pracujących.

Oznaczenie na zasadzie prób naukowych da oczywiście o wiele dokładniejsze wyniki, bo świadczące o istotnej przeróbce białka w ustroju. Sposób oznaczania azotu w moczu podług Kjeldahla jest bardzo dokładny i, obrachowawszy z azotu białko, można z całą ścisłością powiedzieć, ile białka w pewnym czasie ustrój przerobił. Z doświadczeń takich wyprowadza F. wniosek, że silny robotnik, przy pracy znacznej, przerabia, na 1 kgm i na dobę, 1·73 grm. białka. Liczba ta zgadza się z liczbą znalezioną przez Pflügera dla człowieka młodego, dobrze odżywionego i pracującego: —

---

[2]) Przypadek opisany wywołał w łonie komisyi redakcyjnej dyskusyę, z której wypadło, że najpodobniejszą do prawdy jest okoliczność, że u pacyentki, operowanej na części pochwowej macicy, przypadkowo wystąpiło ropne zapalenie wyrostka robaczkowego i sprowadziło wyżej opisany przebieg. (Redakcya).

1·725 grm. Jeżeli więc silny robotnik nie ma zużywać przy pracy białka własnych mięśni winien dostawać na dobę i na kgm. własnego ciała 1·73 grm. białka w pożywieniu.

Inni badacze znaleźli jednak tę liczbę o wiele mniejszą. Przecież da się to wytłómaczyć tem, że ludzie, przez nich do prób używani, nie byli w równowadze azotowej. Dowodzą tego doświadczenia F. na ozdrowieńcach po durze, u których mało białka przerabiało się, bo ustrój obracał je na zapełnienie własnych braków w mięśniach.

Jeżeli człowiek nawet przy natężającej pracy rozkłada mało białka, a wiele tłuszczu i węglowodanów, to przyczyną skąpego rozkładu białka jest — nie obecność wielkiej ilości tłuszczu, ale małej ilości białka, które ma ustrój do rozporządzenia. Albo więc ustrój dostaje za mało białka, albo przeznacza białko na zaopatrzenie mięśni wychudzonych wskutek np. choroby ciężkiej. Dążność ustroju do robienia zapasów drobin białka, zdolnego do pracy, jest nadzwyczaj wielka u ludzi młodych, także u ozdrowieńców i u wygłodzonych.

Prawidłowa więc miara białka, potrzebna do tego, aby ustrój nie tracił swego białka, wynosi podług F.:

1) w pracy ciężkiej na 1 kgm. wagi ciała i na dobę . . . . . . 1·73 grm.
2) w miernej pracy na 1 kgm. wagi ciała i na dobę . . . 1·42 grm.

czyli 1) dla średniej wagi ciała 65 kgm. . . 112·45 grm
2) dla średniej wagi ciała . . . . . 92·3 grm.

Jeżeli te liczby porównamy z liczbami wyprowadzonemi ze zwykłego codziennego żywienia wojska, pokaże się w tym ostatnim przypadku niedobór białka na dzień 3·6 grm.

Zadaniem higieny jest jednak przeciwdziałać niedoborowi białka i utrzymać człowieka na idealnej wysokości, sprawności i zdolności zarobkowania. W odżywianiu należy również uwzględnić równomierność, to jest aby jeden dzień nie różnił się od drugiego w ilości dostarczonego w pożywkach białka, co tymczasem zazwyczaj bywa zaniedbywane, jak pokazują liczby gramów białka nawet we wzorowem żywieniu wojska, różniące się bardzo w poszczególnych dniach tygodnia. Za wielka ilość białka, dostarczona ustrojowi jednego dnia, bywa zużyta i nie może wyrównać brakom, jakie sprowadzi w innym dniu zamała ilość białka w potrawach. W dalszym ciągu rozchodzi się o to, aby białko było możliwie strawne. Białko roślinne jest właśnie niestrawne, to jest, że wiele części z tego białka gorzej strawnych pozostaje w jelitach i sprowadza niepożądane skutki. Białko musi być wreszcie w takiej postaci, aby było tanie.

To wszystko przemawia dostatecznie za tem, aby wyszukać nowe źródła białka, w zupełności wessalnego, bez smaku i taniego.

Otóż takie białko wynalazł Finkler i nazwał je **„tropon"**. Wymagało to mozolnych prób i doświadczeń aby białko oczyścić od tłuszczu, barwików, istot wonnych, toksyn. W ten sposób otrzymał F. białko w postaci nierozpuszczalnej w wodzie, które jest nadzwyczaj strawne, peptonizuje się z kwasem solnym i pepsyną bez żadnej pozostałości i nie zawiera nukleiny. Prócz tego białka dostał on również odmianę w wodzie rozpuszczalną, służącą do niektórych szczegółowych celów, jak odżywiania pewnych chorych i nadającą się do rozpuszczania w płynnych potrawach. Tropon nie zawiera kleju, którym tak często zanieczyszczone są rozmaite inne sztuczne pożywki białkowate. Ponieważ sprawa ta, czy białko roślinne ma tę samą wartość odżywczą, co białko zwierzęce, nie jest dotąd rozstrzygnięta, a ponieważ dalej przyjmuje się powszechnie za prawidło, że 35% białka użytego w pożywieniu winno być zwierzęcego pochodzenia, tropon zawiera 1/3 część tego ostatniego. Tropon nie zawiera także wcale soli, ani składników nieorganicznych, nazywanych zazwyczaj solami odżywczemi, aby kupując go nabywało się jedynie białko bez soli podrożających wyrób. Dla wypróbowania własności odżywczych, strawności i korzyści w przyrastaniu mięśni, pod wpływem podawania troponu, robił F. wiele doświadczeń na zwierzętach i ludziach. I tak podawał człowiekowi tylko tropon, zamiast jakiegokolwiek innego pożywienia, a to w ogromnej ilości, do 163 grm. dziennie. Równocześnie człowiek ten pracował wiele, to jest jeździł natężająco i ustawicznie na kole. Pokazało się, że człowiekowi temu znacznie przybywało na ciężarze ciała i że przeróbka azotu u niego była bardzo silna. Równocześnie przewód pokarmowy wcale nie bywał przepełniony, pozostałości niestrawnych było bardzo mało. Tak samo odżywianie młodych, rosnących dziewcząt, ozdrowieńców i chorych wydało wyborne wyniki.

W żadnym przypadku nie było zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Zazwyczaj podawał na dzień 15—30 grm. a niekiedy 50—70 grm. Bez wyjątku chorzy przybierali na ciężarze, nawet suchotnicy, co może w przyszłości być ważną pomocą w odżywianiu chorych piersiowych w zakładach zamkniętych. Pewien chłopiec z zapaleniem gruźliczem otrzewnej, żywiony przez sześć miesięcy troponem (podczas czego zapalenie minęło) przybrał 1/3 swego pierwotnego ciężaru (z 79 na 106 funtów). W zwężeniach przełyku okazał się również tropon znakomitą odżywką, bo przechodzącą łatwo w płynie przez cieśń.

Co do ceny, to tropon będzie tańszy o 40—50% od równej ilości mięsa surowego. Da się zaś zastósować do pożywienia w każdej możliwej postaci; więc można dodawać troponu do chleba, pieczywa i razem wypiekać, do wszystkich konserw, wyciągów jarzynianych, itd.

Da się też przechowywać bez zepsucia, nadaje się przeto do zaopatrywania się w żywność na wyprawy wojska, wycieczki w góry, podróże dalekie. Tropon składa się w istocie swej z mięśni zwierzęcych (1/3) i z części roślinnych (2/3); jak go zaś szczegółowo otrzymuja, autor nie podaje, co jest widocznie tajemnicą fabryki.

Dr. H. Strauss[1]) z kliniki prof. Senatora w Berlinie podaje uwagi o zastósowaniu troponu do żywienia chorych. Z pracy jego dowiadujemy się, że tropon wyrabia osobna fabryka w Mühlheim nad Renem. Jest to wyrób podobny do mączki szaro brunatnej barwy, zupełnie bezwonny i bez smaku, w wodzie nierozpuszczalny, strawny bardzo dobrze tak w sztucznym jak prawdziwym soku żołądkowym. — Z porównania z innemi odżywkami, wprowadzonemi w ostatnich czasach, wypada, że tropon jest znacznie tańszy. I tak kosztuje 1 kgm. białka w eukazynie marek 11·15, w nutrozie 20, w peptonie Mercka 21, w peptonie Antweilera 40, w somatozie 50, w peptonie Kemmericha 61, a w troponie tylko 4.

Tropon podawano w klinice berlińskiej w cieśni przełyku, w kwaśnych nieżytach żołądka, we wrzodzie okrągłym, w biegunce, u ozdrowieńców, w niektórych przypadkach dłużej nawet niż dwa miesiące. Najbardziej smakowało chorym podawanie troponu w mleku ciepłem; używa się również czekolada z troponem i sucharki z troponem. Dawano w mleku po łyżce troponu na 1/2 litra mleka. Niekiedy dawka dzienna dochodziła od 20 aż do 60 grm. troponu; nigdy jednak nie zauważył autor zaburzeń w łaknieniu lub objawów podrażnienia przewodu pokarmowego. Miało się, przy tem żywieniu, wybitnie mniej kwasu moczowego, a ponieważ tropon, podług Finklera, ma być do tego wolny od nukleiny, może więc stanie się on pożądaną pożywką w dnie, kamicy nerkowej, w ogóle w skazie moczanowej.

Przeto, jak widać z doniesienia samego Finklera i z prób w klinice prof. Senatora, tropon zasługuje na wprowadzenie do naszych zakładów leczniczych i na czynienie z nim doświadczeń. Należy jednak zawsze o tem pamiętać, że sztuczna pożywka może tylko wspierać odżywianie prawidłowe oparte na fizyologicznych prawach ustroju, ale nie jest go w stanie zastąpić w zupełności.

Dr. St. Eljasz-Radzikowski.

---

[1]) Therapeutische Monatschrift, 1898, Nr. 5.

IV. Wyciągi.

Ballet: **O astazyi-abazyi**. *(Sem. méd.*, 1898, Nr. 2). Astazya-abazya jestto, jak wiadomo, obraz chorobowy, bardzo znamienny przez to, iż siła mięśniowa i kojarzenie ruchów (koordynacya) kończyn dolnych zupełnie nie są zmienione, a w zakresie czucia mięśniowego i skórnego niema żadnych zaburzeń, chory zaś mimo to ani stać, ani prawidłowo chodzić nie może. Nader prędko, po pierwszych dokładnych opisach tego szczególnego zbioru objawów, przyzwyczajono się odnosić go stale do tła histerycznego, rozmaicie tłómacząc powstawanie zboczeń, zależnie od współcześnie panujących pojęć o patogenezie histeryi i istocie ruchów automatycznych, zarówno tak zwanych wrodzonych, jak nabytych. Uważając chód ludzki za automatyzm nabyty, długi czas odnoszono go do działania ośrodków, położonych w rdzeniu przedłużonym. W myśl tych zapatrywań sądzili Charcot i Blocq, że w przypadkach histerycznej astazyi-abazyi owe ośrodki zatraciły swoje zdolności i że wskutek tego bodźce dowolne, wysyłane z mózgu, nie mogą wyzwolić w rdzeniu przedłużonym czynności, potrzebnych do automatycznego kojarzenia ruchów chodu. W ten sposób byłaby astazya-abazya rodzajem „niepamięci rdzeniowej“ (amnésie spinale). Pojęcie to nie może się obecnie utrzymać wobec badań Flechsiga, według których siedzibą ośrodków ruchów automatycznych nabytych jest u człowieka w znacznej części mózg, a nie rdzeń przedłużony, oraz wobec współczesnych zapatrywań na istotę histeryi, składających to cierpienie na karb zaburzeń czynnościowych w samejże korze mózgowej, w owych nieznanych bliżej ośrodkach wyższych działań psychicznych. Wiadomo, że znaczna część naszych czynności duchowych odbywa się pod progiem świadomości; otóż z wielu stron wypowiedziano przypuszczenie, że, w histeryi, pole tych działań psychicznych nieświadomych powiększa się na niekorzyść czynności świadomych, czyli, jak mówią obrazowo, powstaje: „zwężenie pola świadomości“. Niektóre wrażenia, i pewna część wyobrażeń przesuwa się poniżej progu świadomości i w ten sposób powstają: znieczulenie histeryczne, oraz niepamięć w pewnych zakresach. Astazya-abazya byłaby więc niepamięcią kojarzenia (koordynacyi) pewnych ruchów, a ztąd też tłómaczy się, dlaczego niekiedy spostrzegano samą astazyę bez abazyi, lub odwrotnie, a nawet swobodny chód obok niemożności ruchów kończynami dolnemi w położeniu na wznak. Otóż w znacznej części przypadków astazyi-abazyi, chorzy istotnie z a p o m i n a j ą niejako stać i chodzić; jednakże należy, zdaniem Balleta, zwrócić uwagę także na te, nierzadkie zresztą przypadki, w których przyczyna astazyi-abazyi jest o b a w a chorego, że nie potrafi chodzić. W tym drugim szeregu przypadków oczywiście niema mowy o przesunięciu się pewnych działań psychicznych pod próg świadomości, o „niepamięci“ chodu, lecz przeciwnie, w świadomości chorego pojawia się pewnego rodzaju urojenie, połączone z uczuciem trwogi i w pewnej chwili, górujące nad całością czynności psychicznych. Te postacie astazyi-abazyi zbliżają się więc do innych obaw chorobowych, spotykanych w ciężkich postaciach neurastenii, w których pojawia się tak zwana „folie de doute“; może zatem istnieć abazya neurasteniczna, powstająca w podobny sposób, jak n. p. agorafobia neurasteników. Jeżeli ta druga postać abazyi, polegająca na pewnego rodzaju urojeniu, rozwija się u osoby histerycznej, to najczęściej owo urojenie, które istniało na początku, znika w dalszym rozwoju cierpienia, wraz z chorobliwą obawą, pod progiem świadomości i wówczas chory (histeryk) wie o tem, że chodzić nie może, lecz zupełnie nie zdaje sobie sprawy, dla czego; przeciwnie neurastenik, dotknięty abazyą, wie dobrze, nawet nie zagłębiając się w swój stan psychiczny, o opanowującem go uczuciu obawy. Roztrząśnięcie tych zagadnień ma, i to w pierwszym rzędzie, bardzo doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż tylko na jego podstawie można utworzyć właściwe wskazania lecznicze i skutecznie leczyć. W przypadkach bowiem abazyi przez z a p o m n i e n i e (amnezya) wypadnie chorego niejako na nowo uczyć chodzić, kierując jego uwagę wszystkiemi możliwemi środkami na ruchy, które powinien wykonać, ażeby wskrzesić wyobrażenia ruchowe, wrazić te wyobrażenia w pamięć i przywrócić w zakresie świadomości zatracone zdolności ruchu, niegdyś działające automatycznie. Przeciwnie zaś w przypadkach abazyi, rozwijającej się na tle u r o j e n i a, należy, ile możności, odwracać uwagę chorego od ruchów, które ma wykonać, uwalniając przez to ośrodki automatyzmu od tamującego wpływu chorobliwej obawy, bądźto świadomej, jak to bywa u neurasteników, bądź też tkwiącej pod progiem świadomości, jak to się zdarza u osób histerycznych. U tych ostatnich wchodzi oczywiście w swoje prawa wszelkiego rodzaju poddawanie (suggestya), nawet hypnotyczne. *S.*

Dr. Mager Wilhelm: **Przypadek „kamicy oskrzelowej“ (Broncholithiasis)**. *(Wiener klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 11). Kamica oskrzelowa może być istotną chorobą, lub tylko objawem innej choroby. Przypadek autora był samoistną kamicą, to jest chorobą znamionującą się odchodzeniem kamyków wśród napadowego kaszlu razem z plwociną. Chora, 28-letnia, zazwyczaj zupełnie zdrowa, dostawała w nocy silnego kaszlu, trwającego czasem aż godzinę, połączonego z silnym bólem w okolicy mostka, a kończącego się wykrztuszeniem kamyka, otoczonego śluzem, zabarwionym niekiedy krwawo. Napady występowały po większym ruchu, przechadzce, graniu w kręgle, jeździe na kole itp. Pomiędzy napadami chora była zupełnie zdrowa. Takich napadów przebyła ona już 30 i tyleż kamyków wykrztusiła. Autor podaje rysunki kamyczków o graniach ostrych, z rozgałęzieniami bocznemi, złożonych głównie z fosforanu wapniowego i magnowego, także z węglanu wapniowego i małej domieszki istot organicznych.

Badanie płuc wykazało jedynie średniobańkowate rzężenia odosobnione z tyłu po stronie lewej, które zmieniały miejsce. Plwocina skąpa, śluzowa, bez prątków swoistych.

Oświetlanie Roentgenowskie nic nieprawidłowego nie wykazało.

Autor wnosi, że miał do czynienia z istotną kamicą, to jest wytwarzaniem się kamyków w oskrzelach, na podścielisku śluzowem, z powodu osobniczego usposobienia chorej do takiego odkładania soli wapniowych w płucach. Kamyki powstawały na rozdziale oskrzeli, ztąd ich rozgałęzienia i ostre granie. Gdy po głębszych wdechaniach rozluźnił się związek kamyków z oskrzelami, wówczas bywały one wykrztuszane. Na podstawie podobieństwa wydalania innych kamyków z ustroju nazwał Poulalion kamicę oskrzelową „colique bronchique“ — kolką oskrzelową. Pozostaje jeszcze wytłómaczyć, dlaczego właśnie tam odkładają się sole wapniowe u niektórych osobników. Zastój śluzu powoduje owe złogi wapniowe, musi być jednak obfity dowóz soli wapniowych wogóle do ustroju, co nawet w pewnym przypadku stwierdził Fraenkel (jego chora zjadała w ciąży mnóstwo kredy).

Kamica oskrzelowa może być jednak tylko objawem innych chorób, jak schorzeń miąższu płucnego, w których następuje zwapnienie nacieków gruźliczych lub treści jam. Dalej zwapnienie wysięków opłucnowych, też w gruczołach chłonnych, może być przyczyną kamyków, które przedostają się do oskrzeli i z nich z kaszlem wychodzą na zewnątrz. Może być wreszcie odsłój płucny w przebiegu pylicy powodem kamienia oskrzelowego.

Czy kamica jest w danym przypadku samoistną, czy tylko objawową, rozstrzygnąć mogą badania poboczne, bo same napady będą zawsze podobne, a znamionujące się wybornie określeniem francuskich klinicystów: „kolki oskrzelowej“. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

Schwarz: „Tyokol“, nowy lek przeciwgruźliczy, (Klin. ther. Woch. 1898. Nr. 10). Tyokol (Thiocolum) jest solą potasową kwasu gwajakolosulfonowego i zawiera 60% gwajakolu.

$$C_6H_3 \begin{cases} OH \\ OCH_3 \\ SO_3H \end{cases}$$

Jest to drobny biały proszek, w smaku początkowo nieco gorzki, później słodkawy. W stosunku do znanych dotychczas przetworów kreozotowych i gwajakolowych zalecać się ma zupełną bezwonnością, wielką rozpuszczalnością w wodzie (co pozwala go zapisywać w roztworze z odpowiedniemi przyprawami (np. syrup. cort. aurant), i łatwą wessalnością. Nie drażni on przytem błon śluzowych i nie jest trującym, nie sprowadza objawów ubocznych, a nawet dawki wysokie (10—15,0 dziennie) znoszono są dobrze przez długi czas. Rozpocząć należy jednak od dawek mniejszych, 2—3,0 dziennie.

Na podstawie własnych spostrzeżeń przyszedł autor do przekonania, że lek ten działa przy gruźlicy swoiście. Nietylko wszystkie podmiotowe i czynnościowe przypady choroby zmniejszają się, ale i badanie przedmiotowe wykazuje z reguły znaczną poprawę.

Tyokol możnaby stosować, podobnie jak i inne przetwory kreozotu, także w przewlekłych nieżytach oskrzelowych, durze brzusznym i nieżytach jelitowych. L.

Goliner: „O fezynie i kozaprynie przy influency". (Resetl. Rund. 1898, Nr. 16). Oba środki podawane przy influency co dwie godziny po 0.5 usuwać mają stan gorączkowy i łączący się z nim dolegliwy ból głowy. Także bóle w krzyżach i grzbiecie zmniejszają się, a stan podmiotowy chorego staje się lepszym. Szczególnie w przypadkach z objawami nerwowymi, gdzie inne środki przeciwgorączkowe wywołują łatwo szkodliwe skutki uboczne, fezyna i kozapryna mają działać dobrze. L.

Ucisk nerwu błędnego w części szyjnej, jako zabieg usuwający napad dychawicy (astmy) samoistnej. Zachęcony dodatnimi wynikami leczenia krztuśca przez ucisk n. błędnego na szyi, Dr. Miranda, portugalczyk, powziął myśl zastosowania tego zabiegu na osobie, cierpiącej na dnę, która uległa silnemu napadowi dychawicy: wynik był natychmiastowy, dychawica ustąpiła; a gdy w nocy napad powtórzył się, chory, pamiętając dobrze, w którem miejscu lekarz ucisk palcami wykonywał, sam na sobie go wykonał i napad dychawicy ustał. Z trzech dalszych przypadków, w 2-ch duszница miała cechę nerwową i po zastosowaniu ucisku n. błędnego stale ustępowała; w 3-cim zaś, wskutek silnej sprawy nieżytowej w oskrzelach, wpływ ucisku n. bł. nie był zadawalniający, acz wyraźny. („La Semaine médicale", Nr. 28). Kw.

Kondurango, jako lek uśmierzający nerwobóle żołądkowe, zaleca Dr. Lemoine, kierownik kliniki lekarskiej w Lille. Autor kładzie główny nacisk na to, że kondurango posiada wybitne własności kojące, którym rakowaci zawdzięczają często względne złagodzenie tak dolegliwych cierpień. Asystent Lemoinea, Dr. Jouvenel, potwierdza, że nietylko bóle, lecz i uporczywe wymioty ustępowały po zażyciu kondurango tam, gdzie kokaina była bezskuteczną. Lemoine poleca po 5—8 pigułek dziennie, zawierających każda po 0,10 proszku kondurango; klinicysta ten sądzi, że w korze kondurango, jak w liściach coca, znajduje się prawdopodobnie alkaloid, który posiada własności znieczulające błonę śluzową. („La Semaine médicale, Nr. 28). Kw.

O. Werler zachwala powtórnie polecony przez Credégo itrol (arg. citric.) do leczenia rzeżączki, przypisując mu bardzo wybitne własności przeciwgnilne, działanie przeciwzapalne i zdolność wnikania wgłąb błony śluzowej. Na mocy tych własności można i należy rozpoczynać leczenie zaraz w początku sprawy chorobowej i to w postaci wstrzykiwań, w początkach cztery razy, później trzy, wreszcie dwa razy dziennie, wykonywanych przez samego chorego zwykłą strzykawką (8—10 cctm.), gdy rzeżączka ogranicza się do przednich części cewki moczowej, a strzykawką większą (20 cctm.), gdy sprawa przeszła na część tylną. W. używa roztworów bardzo słabych, od 0,02 : 200 do najsilniejszego 0,05 : 200, zalecając wstrzykiwać je w stanie letnim i zatrzymywać w cewce każdorazowo po 10 minut. Przed wstrzykiwaniem, prócz wskazanego oddania moczu, każe przepłókać cewkę połową strzykawki poleconego płynu. (Berl. klin. W., 1898, 16). F. K.

Silbermintz (Pułtawa) leczy kłykciny kończyste 2—3-krotnem pędzlowaniem 20% z roztworu resorcyny w kolodyonie, a w początkach okładami z 2% resorcyny; aby zaś zapobiedz częstym nawrotom, zapisuje do przemywania 5% roztwór resorcyny, a do zasypywania puder: „Zinci carb., Bismut. subnitr. aa 9,0 Resorc. 2,0 Talc. ven. 80,0". F. K.

W 25 przypadkach dymienic, leczonych w prażskiej klinice Picka, używał Waelsch, z bardzo dobrym skutkiem, zamiast zalecanego przez Welandera roztworu azot. srebrowego, roztworu soli kuchennej, który w ilości kilku cctm. wstrzykiwał w zropiały gruczoł, po wypuszczeniu zeń ropy przez małe nakłócie; poczem przykrywa się ranę okładem z octanu glinowego. F. K.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 maja 1898 roku.

Przewodniczący: kol. Dr. Machek. — Członków obecnych 36.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. przewodniczący przedstawił nowego członka sekcyi, kol. Józefa Krzyszkowskiego.

3. Kol. Moraczewski przedstawił pod mikroskopem kryształki witeliny, jakie udało mu się otrzymać w toku swych doświadczeń.

4. Kol. Moraczewski mówił: „O zachowaniu się składników moczu pod wpływem wyższej i niższej ciepłoty".

Prelegent wspomina o pracach, które ugruntowały przekonanie, że wydzielanie chlorków, azotu i fosforu w czasie gorączki jest typowe, mianowicie następuje zatrzymanie chlorków, a nadmierne wydzielenie fosforu i azotu. W nowszych czasach badania nad zimnicą zachwiały zdanie powyższe. Przekonano się, że w dzień napadu chory na zimnicę wydziela więcej chlorków niż w dniach normalnych. Przekonano się dalej, badając mocz co kilka godzin, że podwyższeniu ciepłoty odpowiada podwyższenie ilości chloru. Wyniki te zachęciły autora do badań nad innemi formami gorączki, prócz zimnicy, i doprowadziły go do wniosków, iż obserwowane w zimnicy zmiany w wydzieleniu stosują się do wszystkich znanych typów gorączki. (Autor badał dur, zapalenie płuc, gorączkę trawiącą i zimnicę).

Z badań wynika, że każdemu podwyższeniu ciepłoty towarzyszy zwiększenie ilości wydzielonego chloru i azotu, a zmniejszenie ilości fosforu; każde obniżenie gorączki pociąga za sobą zmniejszenie się ilości chloru, a powiększenie azotu i fosforu. Zmiany te szczególniej widać w liczbach stosunkowych azotu do chloru i fosforu.

Prelegent stara się objaśnić wyżej podane wydzielanie zmianami w krążeniu, zwężaniem i rozszerzaniem naczyń, wskutek czego prąd dyfuzyjny idzie bądź w kierunku od tkanek do krwi, bądź od krwi do tkanek. Objawy gorączki, t. j. rozkład białka en. objaśnić się dają rozwodnieniem organizmu.

Wreszcie prelegent wyraża nadzieję, że przez dodanie sztuczne soli do soków organizmu, dałoby się wpłynąć na rozkład białek.

W rozprawie zabierał głos kol. Skałkowski, przypominając sobie chorą, u której, mimo groźnych objawów, jedynie na podstawie wzmożonego łaknienia solnych potraw rokował pomyślny wynik choroby, co też istotnie się sprawdziło. Zgadzałoby się to zatem z teoryą kol. Moraczewskiego nasalania organizmu w chorobach gorączkowych.

5. Kol. Pisek rozbierał „sprawę małżeństw, a wad sercowych"; poczem wypowiedział „kilka uwag terapeutycznych w stanach wad sercowych, wikłających ciążę i poród".

Na podstawie materyału własnego i zebranego z literatury, dochodzi prelegent do następujących postulatów: zasadniczo należy zabronić dziewczętom z wadami serca wstępować w stan małżeński; co do mężczyzn należy uwzględnić położenie społeczne, wiek i jakość wady. Niekompensowane wady powinny być bezwarunkową przeszkodą. Uwagi terapeutyczne dotyczyły przeważnie przypadłości objętych mianem „accidents gravidocardiaques", przyczem szczegółowo omawiał kwestyą upustów krwi.

Rzecz ta jest wyjątkiem z obszerniejszej pracy, będącej pod prasą.

W ożywionej rozprawie pierwszy przemawiał kol. docent Widmann: Co do dziedziczności wad sercowych, to jest ona dość wątpliwą, chociaż autorowie francuscy dziedziczność przyjmują. Co do małżeństwa, to mężczyznom przy zupełnem wyrównaniu (kompensacyi) pozwoliłby się żenić, ale kobietom nie. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że przy wadach serca, tak jak i przy gruźlicy, po zamążpójściu następuje pogorszenie. W końcu, przestrzegając przed szablonowaniem w leczeniu tych powikłań, zaznacza, że na upusty krwi zgodziłby się tylko przy wadach żylnych — z żyły.

W dalszym ciągu przemawiali: koll. Uhma, Hojnacki, Kwiatkiewicz, Szulisławski, Fels i prelegent

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

I.

Jeżeli zarys stosunków lekarskich w jakiemkolwiek mieście uniwersyteckiem może być pożytecznym dla dopytującego przed wyjazdem o wskazówki, a łatwym dla tego, który je daje, to żadną miarą nie można tego powiedzieć o Paryżu. Swiat uczniów i profesorów nie jest tu wprawdzie tak odrębny, jak w Anglii; jednakże posiada sporo cech miejscowych, których nie widząc, nie można zrozumieć, a więc i próby opisywania tych znamion nie doprowadzą do celu; organizacya nauki lekarskiej nie jest wprawdzie tak zawikłana, jak za kanałem, niemniej jednak zbyt od naszej różna, nietyle w formie, ile w treści, by można z lekkiem sercem załatwić się z nią w kilkunastu ogólnikowych frazesach; nie zdaje mi się też, by wielka wynikała korzyść z opisu mniej lub więcej szczegółowego kilku zakładów lub klinik, które tu obecnie mniejwięcej podobne do tego, co się spotyka gdzieindziej. Zresztą, chcąc iść tą drogą, należałoby wspomnieć przynajmniej o wszystkich ważniejszych oddziałach, o wszystkich przynajmniej najwybitniejszych ich kierownikach; a skoro tu las prawdziwy szpitali i roi się na targu ludzkim od znakomitości różnej miary i pokroju, to należałoby wypisać chyba cały tom wskazówek i opisów; trud to zresztą niepotrzebny, gdyż istnieją osobne „podręczniki“, mogące oddać niejedną przysługę przybyszowi, byleby ich dane, niezawsze dokładne, zechciał sobie uzupełnić na własną rękę[1]), i byleby wiedział, z czem i poco przybywa. Ci, którzy to wiedzą, nie potrzebują szukać wyjaśnień w przygodnej mojej korespondencyi, a gdyby nawet źle trafili z początku, to o poprawę nie trudno, mając do wyboru po kilka lub nawet kilkanaście instytucyj, i to nie tylko w praktycznych, ale i w tak zwanych teoretycznych działach naszej nauki. Kogo nie zadowolnią, niezbyt świetnie zresztą urządzone, pracownie wydziału lekarskiego, ten może szukać przytułku w zbytkownych, prawie z przepychem we wszystko wyposażonych, licznych salach wydziału przyrodniczego w nowym gmachu Sorbony, a przedewszystkiem, w dziale nauk biologicznych, w Zakładzie Pasteura, w którym przepełnienie i brak miejsca wzrastają z roku na rok, świadcząc wymownie o korzyściach, jakie zapewnia i poziomie, na którym stoi ta instytucya. Zakład Pasteurowski ma dla każdego, kto w nim pracować pragnie i... może, wielką zaletę, nie wszędzie tu spotykaną; z jednej strony bowiem łatwiej w nim, niż gdzieindziej, znaleźć kierownika, który zada sobie trud zajęcia się przybyszem, a nie odmawiając rad, wiedzą swoją i doświadczeniem stoi na straży kierunku i sposobu badań; z drugiej zaś strony nietrudno znaleźć młodszego towarzysza, który w podobnych zagadnieniach pracował lub pracuje i drogą zamiany w niejednem może być pomocnym, a zarazem sporą garść ludzi, idących pokrewnemi drogami i wspierających się nader pouczającą wymianą myśli na niedzielnych pogadankach, na których każde nowe, drukiem gdziekolwiek ogłoszone badania, i każde, toczące się w samym Instytucie poszukiwania znajdują echo w wyczerpującem sprawozdaniu i w wszechstronnej dyskusyi. Dla określenia wartości tych pogadanek dość powiedzieć, że przewodniczy im Duclaux, a choć prawie każdy z kilku tuzinów uczestników głos zabiera, to jednak najczęściej słychać krytyczne uwagi Rouxa i Miecznikowa. Jedyną wadą Instytutu zdaje się być brak pracowni chemicznej, a przynajmniej niedostateczne jej rozmiary i wyposażenie[2]), wskutek czego niekiedy muszą pracujący w tym dziale szukać gościnności poza murami zakładu, bądź u wydziału przyrodniczego, bądź lekarskiego, zwłaszcza w pracowni Ogiera; ta ostatnia, zależąc podobnie jak „Morgue“, poczęści od władz miejskich, poczęści sądowych, a poczęści od uniwersytetu, jest wskutek tego mniej może skrępowana, niż inne, podległe wyłącznie i nieodwołalnie jednej władzy, a posiadając w swej ustawie wyraźne wskazówki swego nietylko praktycznego, lecz i naukowego przeznaczenia, obfite środki, a przedewszystkiem nader uczynne kierownictwo, przedstawia bardzo wygodny warsztat pracy nawet poza granicami chemii sądowej i toksykologicznej. Dla wyjaśnienia nadmienić wypada, że zakład sądowo-lekarski w tem znaczeniu, jak w innych krajach, tu nie istnieje. O ile to dotyczyło sekcyj sądowych, wydział lekarski miał i dawniej, jak dziś, w częściowem władaniu słynną „Morgue“, która zresztą, jak to oddawna już tu żądają, powinnaby być znacznie rozszerzoną i przerobioną; dziś bowiem, mimo podjętych przed kilkunastu laty ulepszeń, jest za ciasna, a oprócz znanych przyrządów zamrażających, posiada dużo braków, choćby ową niewielką salę wykładową, która niedaleko odbiegła urządzeniem od dawnego prosektoryum anatomii patologicznej w Krakowie. Dopiero wskutek sprawozdania prof. Brouardela o zakładach zagranicznych (1878), utworzono dzisiejszą pracownię toksykologiczną i chemiczno-sądową, a zarazem sądowo-lekarską w r. 1883. Ponieważ wybór kierownika pracowni, mającego zupełną samodzielność, zależy od profesora medycyny sądowej, dziekana wydziału i inspektora lekarskiego „Morgi“, te trzy zaś stanowiska chwilowo złączone są w jednej osobie prof. Brouardela, przeto związek pracowni z uniwersytetem jest dość luźny, dziś zaś nieco ściślejszy tylko dzięki wspomnianej „unii personalnej“. Pozwoliłem sobie wspomnieć o tem, jako o jednej z osobliwości tutejszych urządzeń uniwersyteckich; drugą taką jest n. p. brak prosektoryum anatomii patologicznej. Jest ich wprawdzie tyle, co szpitali, jednakże żadne nie należy i nie zależy od wydziału lekarskiego, a prof. Cornil musi najczęściej zadowolnić się zwłokami zmarłych na oddziale chorób wewnętrznych, którym kieruje w „Hôtel-Dieu“. Wydział lekarski rozporządza tylko materyałem dla sal anatomii opisowej i topograficznej, zresztą wybornie urządzonych i zapewniających słuchaczom wiele korzyści, dzięki niezmiernej liczbie prosektorów i ich pomocników, kierujących ćwiczeniami; usiłowania pokrzywdzonej anatomii patologicznej, aby uzyskać obfitszy materyał naukowy, natrafiły u ciał ustawodawczych przed laty na nieprzełamany opór, który prof. Cornil żartem odnosi do lekarzy szpitalnych, obawiających się kontroli. Studenci, o ile nie mają chęci opuszczać klinik dla sekcyi, widzą najczęściej tylko narządy, przyniesione na wykład; zdaje mi się, że cierpią na tem tembardziej, ponieważ w niektórych szpitalach niema zawodowo wykształconych prosektorów, a sekcye spoczywają w rękach kształcących się dopiero „internów“. Nieco lepiej jest z histologią patologiczną; zwłaszcza dla przybysza, niechcącego oddalać się od szpitala, w którym pracuje, wielką wygodą i pomocą są mniej więcej dobre pracownie histologiczne, znajdujące się prawie przy każdym oddziele szpitalnym, rozporządzające właśnie tym materyałem, na którym może zależeć, a kierowane zwykle przez ludzi, niezgorzej z danem działem obeznanych, lub nawet niekiedy dzielnych znawców przedmiotu. Pewną korzyść zapewniają też zbiory okazów makroskopowych po szpitalach; wogóle jednak nie są one zbyt bogate i zbyt dobrze zachowane, może dlatego, że bardzo ulubione są tu „moulages“, zresztą wyborne, ale których miejsce chętniej widziałoby się zajętem przez dobre okazy naturalne. Wyjątku nie stanowi nawet (przechwalone potrosze) muzeum Dupuytrena, odznaczające się jednak bardzo bogatym zbiorem zmian układu kostnego.

Pracujący w działach praktycznych znajdą natomiast dogodniejsze warunki, nietylko dlatego, że kliniki w wielkim stylu nie przygłuszyły dotąd we Francyi rozmaite rozwielmożnione dzisiaj drobiazgowe badania, ale także dlatego, że

[1]) Najwięcej znane z tych »Guide médical« są: wydany przez »Presse médicale« (1 frank), mimo uzupełnień przestarzały; dalej przez »Indépendence médic.« (3 fr.); i tak zw. »Numero des Etudiants«, wydawany w jesieni przez »Progrès médical« (60 cent.). Ten ostatni, choć najtańszy, jest jednak najlepszy; lecz i w nim także zdarzają się niedokładności i błędy.

[2]) Dopiero za dwa lata ma stanąć osobny, obszerny budynek dla chemii biologicznej.

w każdej gałęzi klinicznej jest się dokąd zwrócić, jest w czem wybierać, a nawet wpaść można w „embarras de richesse“. Nie mówię tu oczywiście o klinikach tak szczególnie wyspecyalizowanych, jak n. p. klinika Guyona, lub o nazwiskach tak głośnych, jak Fourniera, obok którego wszyscy inni tutejsi syfilidolodzy zdają się stać w cieniu[3]). Ale wziąwszy na przykład choćby choroby narządów wewnętrznych, należałoby wymienić; obok kliniki starego prof. Jaccouda w „Pitié“; klinikę Ferneta w „Beaujon“, Robina w „Pitié“, Potaina w „Charité“, Hayema w „St. Antoine“. Dieulafoya w „Hôtel-Dieu“, Merklena w „Laënnec“, nie mówiąc już o oddziałach szpitalnych, na których niema regularnych wykładów, ale którymi kierują mniej lub więcej znani zawodowcy, a niekiedy bardzo wybitne jednostki, jak Bouchard, („Charité“), Achard lub Brault („Jenon“), Gilbert („Broussais“), Huchard i Rendu („Necker“), Widal („Maison municipale de Santé“) i dziesiątki innych, mniej głośnych. To samo spotyka się w zakresie chorób dzieci. żeby wymienić tylko nazwiska Granchera, Combyego, Hutinela; to samo w chorobach umysłowych, gdzie trzeba wybierać międzv Magnanem, Jouffroyem, Seglasem, Férém. a ktoby chciał szczególnie badać idyotyzm i kretynizm, ma do rozporządzenia oddziały takich znawców przedmiotu, jak Juliusz Voisin i Bourneville, mając w tych działach do pomocy wykłady znakomitego Ribota w „Collége de France“. Nie inaczej ma się rzecz z chorobami układu nerwowego, bo tradycye Charcota nie zamknęły się w samej tylko dawniejszej jego klinice, obecnie kierowanej przez Raymonda; w samej już nawet „Salpetrière“ działa obok niego Déjerine, wykładając w sali, stale przepełnionej słuchaczami medycyny, co stanowi pewien kontrast z urzędowemi prelekcyami wydziału lekarskiego. odwiedzanemi w niemałej mierze przez publiczność nielekarską; niemniej ulubionemi przez studentów, a szczególniej cenionemi przez lekarzy są sobotnie lekcye Babińskiego. odbywające się na jego oddziele w „Pitié“. Oddziały szpitalne. poświęcone wyłącznie lub przeważnie chorobom nerwowym. prowadzą jeszcze Ballet, Brissaud, Janet, Gilles de la Tourette itd. Podobne bogactwo istnieje i we wszystkich działach najszerzej pojętej chirurgii, o czem zresztą wspominać nie do mnie już należy.

Dla świadomych celu przybyszów ta łatwość wyboru jest tem wygodniejsza. że swoboda uczenia się jest tu pod pewnym względem bezprzykładna. Prócz bardzo niewielu wykładów (n. p. kursów medycyny sądowej) wszędzie ma tu każdy wstęp wolny; u wejścia do sal nikt nie pyta o legitymacye, a profesorowie wydziału lekarskiego przyzwyczaili się widać do tego, że większa część ław zapełnioną jest najróżnobarwniejszą zbieraniną wszystkich warstw i stanów (zwłaszcza w zimie, gdy ciepło sal przyciąga na spokojną drzemkę sporo bezdomnych włóczęgów), skoro nieraz w wykładzie zdarzy się aż nadto przejrzysta aluzya do współczesnych stosunków politycznych lub prądów społecznych, lub żarcik, obliczony na łatwy efekt u lubiącego się śmiać paryskiego tłumu. Na tak zw. „consultation externe“, czyli poradę dla chorych przychodnich, zwłaszcza słynniejszych lekarzy szpitalnych, można wejść bez kłopotu, a to samo i na wiele sal klinicznych; o wchodzącego nikt się nie zatroszczy nawet, wiedząc dobrze, że mało który z przychodniów przeszkodzi mu w gorączkowem jego zajęciu przedstawianiem się, które mało gdzie jest potrzebne. Nie na wiele ono zresztą się przyda; przeważnie, po wymianie kilku grzeczności, zostawia się przybysza jego losom, bo zająć się nim niema czasu. Gdzie mniejszy ruch chorych i gości, tam przeciwnie spotykasz się z wyszukaną, w krwi francuskiej podobno tkwiącą, uprzejmością, oglądasz wszelkie szczegóły oddziału i zatrzymujesz się przed każdym ciekawszym przypadkiem, mogąc liczyć na niewyczerpaną cierpliwość i gotowość do objaśnień swego przewodnika, bylebyś nie przedłużał zanadto, lub co gorsza, nie powtarzał, zamachu na jego drogi czas. Ztąd też, o ile ktoś pracując w dobrze już sobie znanej gałęzi, może, posiadając odrobinę przedsiębiorczości, liczyć na ogromne korzyści naukowe, o tyle dla początkujących mało tu miejsca, a dużo trudności. Gdzieniegdzie tylko (n. p. w szpitalu Neckera na oddziele Guyona, lub do pewnego stopnia w klinice Raymonda) istnieją mniej więcej dobrze zorganizowane kursa pomocnicze, w systematyczny sposób prowadzone, których bez liku po niemieckich uniwersytetach. Zresztą wszystko zostawione samodzielności nowicyusza, bez względu na to, czy to student paryski, „intern“ szpitalny, lub przybywający „na studya“ cudzoziemiec; i słusznie zauważył jeden z moich w Paryżu poprzedników, że niema tu pola dla tych, których trzeba prowadzić za rękę. Pomijając trafność tej uwagi odnośnie do ogólnego charakteru tutejszych studyów lekarskich, pisać się muszę także na nią zupełnie, o ile dotyczy przybyszów, a utwierdza mnie w tem zdaniu jednego z kolegów, który od lat kilku stykając się ciągle z cudzoziemcami, przybywającymi na klinikę Guyona i znając gruntownie tutejsze stosunki, wyraził żal i zdziwienie, że niejeden z Polaków przybywa z kraju z tak małym zapasem wiadomości specyalnych. Pomimo istniejących na klinice Guyona kursów pomocniczych, nie podobna liczyć na znaczniejszej korzyści naukowe, jeżeli się jest w danym dziale nowicyuszem, a tak samo, lub gorzej, jest gdzieindziej; każdy kto sam sobie musiał szukać drogi na mniej znanym terenie, oceni łatwo, ile energii i czasu traci się wówczas niepowrotnie na drobnostki, jeżeli ich nikt nie wskaże, zanim się wejdzie w tor właściwy. Ażeby tego uniknąć, nie koniecznie trzeba płacić drogie kursa wszechnic niemieckich; i u nas w kraju podobno nie ma działu. któregoby się doskonale nie można poduczyć, zanim go się tu przyjedzie uzupełniać na bogatszym, niż gdziekolwiek, materyale klinicznym. Nie wiem, dlaczego nikt dotąd nie zwrócił uwagi na ten szczególny rys stosunków paryskich; zdaje mi się jednak, że warto podnieść go śmiało i otwarcie, a może mniej będzie zawodów i rozczarowań z jednej, nieszczerości lub milczenia z drugiej strony, jeżeli się zapisze, czego w Paryżu znaleść **nie** można. Należy dodać, że nawet dla dobrze obeznanego z pewnym działem studya paryskie wymagają więcej znacznie czasu, niżby się na pozór, sądząc z obfitości materyału, zdawać mogło. Nieprawdą jest, żeby ktoś odniósł rzeczywistą korzyść z pobytu w Paryżu przez parę tygodni, jak również, żeby wystarczyło zaglądnąć tu i owdzie, pomyszkować trochę w tym lub owym oddziele. Przeszkadza temu właśnie obfitość materyału. w której ginie odsetek rzeczy ciekawych i szczególnie widzenia godnych, nie większy tu, niż gdzieindziej i do którego trzeba brnąć przez całe mnóstwo szczegółów mało zajmujących, codziennych; przeszkadza temu też rozwleczenie wykładów na długi okres czasu, gdyż nikt prawie nie wykłada tu częściej, jak dwa razy na tydzień; a choć, zmieniając wykłady, można cały tydzień nie wychodzić z jednego działu, to jednak niepodobna też i ze względu na wielkie odległości i ze względu na zbiegające się wszędzie godziny, odwiedzić przedpołudniem więcej, niż jeden zakład czy oddział. Popołudnia zajmują same prawie wykłady teoretyczne i ćwiczenia w pracowniach. a prawda każe przyznać, że te popołudniowe wykłady przeważnie są istotnie suchą teoryą, nie objaśnioną najczęściej nawet rysunkami, które musi zastąpić żywość i barwność słowa. O rozległości materyału zaś, oczywiście przedewszystkiem klinicznego, mówi n. p. zaludnienie przytułków („hospices“), mieszczących w sobie prawie wszystkie oddziały chorób umysłowych i nerwowych. „Bicêtre“ ma 1770 łóżek dla starców i kalek, 1113 łóżek dla obłąkanych i padaczkowych, łącznie z idyotami; trzy oddziały dla chorób nerwowych w szpitalu św. Antoniego liczą razem około 250 łóżek; „Salpêtrière“ ma 3735 łóżek, z tego 724 dla obłąkanych itd.; tak zw. „Asile clinique“ dla obłąkanych mieści 911 łóżek itd. Kto ma ochotę, niech dodaje. Te same ogromne liczby spotyka się, licząc łóżka położnicze, ginekologiczne, chirurgiczne itd. Dzięki też temu, że miejsca w szpitalach wobec tego nie brak, widzi się tu w szpitalach mnó-

[3]) W samym Paryżu uchodzi obecnie za największą powagę Besnier.

stwo przypadków chorobowych lżejszych, oraz cierpień przewłocznych, których nasze ciasne szpitale przyjmować nie mogą i tem sobie chyba trzeba tłómaczyć, dlaczego n. p. padaczka lub histerya doczekały się naprzód we Francyi wyczerpujących badań, możliwych tylko w spostrzeganiu szpitalnem. Te tłumy chorych, zaludniających olbrzymie gmachy szpitalne i cisnących się po poradę w godzinach „consultation externe", mają także złą swoją stronę dla postępu nauk lekarskich, gdyż lekarze szpitalni są pracą przeciążeni zwłaszcza, że liczba ich wydaje mi się bardzo niedostateczną; na duży, do stu łóżek obejmujący oddział, przypada nieraz oprócz lekarza naczelnego jeden tylko „intern", a że takimi „internami" są starsi studenci przed uzyskaniem stopnia doktorskiego, przeto chyba nie zawsze dorastają do swego zadania, a przygotowanie „tezy", ciążące nad nimi jak miecz Damoklesa, chyba nie przysparza im czasu na zajęcia szpitalne. Prawda, że niejeden z nich zapowiada wielkie nadzieje i ze lekarzami naczelnymi są zazwyczaj dzielne jednostki, które zdołały przetrzymać klęskę niesłychanej liczby „konkursów", uważanych tu zresztą za złe konieczne i mających wszelkie dane utrzymania się mimo dążności reformatorskich, kierowanych między innymi przez znanego prof. Letulla; ale z drugiej strony gra wielką rolę właściwa Francuzom przenikliwość i chęć zbyt szybkiego może uogólniania, z czego wynika, że badanie chorych i rozpoznawanie nieraz robi — na mnie przynajmniej — mimo doświadczenia, jakie można nabyć przy tak ogromnym materyale, wrażenie czegoś bardzo pospiesznego. Jak się zaś tu dzieje z nowoczesnem postępowaniem chirurgicznem, o tem zbyt dobitnie i zbyt wyczerpująco zdał przed paru laty sprawę kol. Rosner, abym cokolwiek potrzebował dodać do jego opisu. Zdaje mi się, że główna wina owego pewnego lekceważenia antyseptyki i aseptyki, leży nietylko w braku pedanteryi, właściwej Niemcom, ale także w pośpiechu. Każdy tu przeciążony nietylko pracą szpitalną, ale spieszy się zapewne także w pogoni za groszem, która dziś we Francyi tak wybitne na społeczeństwie wyciska piętno. Nie przeszkadza to jednak wcale temu, że zewnętrzne formy etyki lekarskiej są bardzo ostre; o reklamie lekarskiej, jeżeli gdzie, to tu nie ma mowy; nawet proste ogłoszenie swego nazwiska i godzin przyjęcia w dziennikach, u nas powszechnie przyjęte, tu bardzo źle jest w kołach lekarskich widziane; a jeżeli spotyka się szumne afisze we wnętrzu gęstych kiosków, to są one dziełem szarlatanów, obliczonem na łatwowiernych i trwożliwych cudzoziemców, lub sprawą wyrzutków społeczeństwa lekarskiego, których nigdzie nie braknie. Tutaj różnią się oni od innych podobnych tem tylko, że nie ściga ich żadna władza i że ich jest mniej, niż gdzieindziej, bo wszędzie powtarza się jakichś sześć czy osiem osławionych nazwisk.

Dr. Ciechanowski.

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków 9 Czerwca.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—3 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

102) Dr. Leszczyński: „O zatruciu środkami znieczulającymi". 103) Dr. Dzierzawski: „O znieczuleniu miejscowem przy wyrywaniu zębów". 104) Dr. Oderfeld z Warszawy: „O chirurgicznem leczeniu wypadnięcia prostnicy". 105) „O przepuklinach zgorzelinowych". 106) Dr. Kociakiewicz z Warszawy: „W sprawie leczenia zranień śledziony". 107) „W kwestyi leczenia zwężeń bliznawych przełyku. 108) Dr. Steyner z Warszawy: „Przyczynek do laparotomii przy niedrożności jelit". 109) „O urazowem zwężeniu cewki". 110) „O *appendicitis*". 111) Dr. Solman z Warszawy: „W sprawie leczenia niedrożności jelit". 112) „W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. 113) Dr. Grabowski z Warszawy: „Masaż przy leczeniu wyrostka robaczkowego". 114) Dr. Sławiński z Warszawy: „O żylakach w ogóle". 115) Dr. Sawicki Bron. z Warszawy: „O ropniach podprzeponowych". 116) „Z kazuistyki guzów szyi". 117) Dr. Grosglik z Warszawy: „O leczeniu zwężeń urazowych cewki". 118) „W sprawie leczenia po kruszeniu kamienia". 119) Dr. Zurakowski Witold z Warszawy: „Z kazuistyki samoistnych zgorzeli skóry". 120) Dr. Przyborowski Adam z Warszawy: „Zranienia przewodu piersiowego". 121) Dr. Krajewski z Warszawy: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego". 122) Dr. Peszke z Warszawy: „Dwa najdawniejsze cięcia cesarskie, zrobione w Polsce". 123) Dr. Bączkiewicz Jan z Warszawy: „Ząbkowanie, jego rola w patologii wieku dziecięcego". 124) Dr. Kosmowski z Warszawy: „Rezultaty badań rozwoju fizycznego dzieci warszawskich". 125) „O przekłóciu lędźwiowem". 126) Dr. Kramsztyk Julian z Warszawy: „*Erythema scarlatiniforme recidivans*". 127) Dr. Kraushar Maksymilian z Warszawy: „Kilka słów o krzywicy w Warszawie". 128) „Epidemia tężyczki samoistnej w Warszawie". 129) p. Dr. P. Szczawińska z Paryża: „W kwestyi budowy komórek nerwowych" 130) Prof. Dr. Kostanecki z Krakowa: „O procesie dojrzewania i zapłodnienia jajka u *Cionia intestinalis* i *Thysanozoon Brocchi* (wedle badań p. S. Gólskiego i F. Toczyskiego). 131) „O zasadniczej jednolitości procesu zapłodnienia u zwierząt bezkręgowych i kręgowych". 132) „O mechanizmie podziału ciała komórkowego i t. n ciałkach międzykomórkowych". 133) „Morfologia *centrosomów*". 134) „Morfologia plemnika" (wedle badań p. E. Godlewskiego *jun.*). 135) Dr. Flaum M. z Warszawy: „Samozakażenia pochodzenia kiszkowego w etyologii zapalenia nerek". 136) Dr. Dydyński z Warszawy: O zatruciach pokarmami mięsnymi: *Botulismus, Ictyolismus et Mytylismus*". 137) Dr. Luxemburg z Warszawy: „Morfologia i fizyologia komórki nerwowej" (praca doświadczalna). 138) „Leukocytoza w nerwicach czynnościowych". 139) Dr. Brunner Mikołaj z Warszawy: „O zastósowaniu promieni Roentgena do dyagnostyki". 140) Dr. Nencki Leon z Warszawy: „O potrzebie ustanowienia norm przy badaniu materyałów spożywczych". 141) Dr. Palmirski z Warszawy: „Z dziedziny seroterapii". 142) Dr. Bregmann: „W kwestyi rozsianego zapalenia nerwów". 143) Dr. A. Bochenek z Krakowa: „Budowa przedmóżdża salamandry plamistej". 144) Przyczynek do budowy przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*"). 145) Jednostronny zupełny brak ucha zewnętrznego". 146) Dr. Jerzykowski z Poznania: „O ropnem zapaleniu opon mózgowych u ssawców". 147) „Kazuistyczny przyczynek do etyologii okrągłych wrzodów żołądkowych". 148) Dr. H. Święcicki: „O torbielach moczownika". 149) „Prawo peryodyczności w życiu kobiety". 150) Dr. B. Kapuściński z Poznania: „Pneumoterapia podług Steinhofa". 151) „*Albuminuria cyclica*". 152) Radca Dr. Zielewicz z Poznania: „Guzik (button) Murphyego, jako surogat szwu jelitowego". 153) „Jakie konsekwencye praktyczne wolno wywnioskować z dotychczasowej statystyki niemieckiej w kwestyi narkozy". 154) „Zalety metody Kocherowskiej (Verlagerungsmethode) przy doszczętnem usuwaniu przepuklin". 155) Dr. Rutkowski z Krakowa: „O plastyce pęcherza moczowego". 156) Dr. Grodzki z Poznania: „O nowszych sposobach leczenia krzywicy" 157) Dr. A. Tomaszewicz-Dobrska z Warszawy: „Postępy w rozwoju fizycznym dzieci przez czas ich pobytu na koloniach letnich". 158) Dr. J. Sędziak z Warszawy: „O stosunku laryngo-rynologii oraz otiatryi do ogólnej medycyny, oraz o stosunku chorób nosa resp. noso-gardzieli do usznych i ocznych zaburzeń". 159) „O gośćcowych (reumatycznych) cierpieniach nosa, gardła i krtani". 160) Ingarden z Krakowa: „O nowej kanalizacyi Krakowa". 161) Prof. Dr. Bol. Wicherkiewicz z Krakowa: „O nowym sposobie operowania odwinięcia powieki mięsakowego *Ectrop. sarcomatosum*". 162) „O niezwykłej postaci zapalenia rogówkowego". 163) Dr. St. Badzyński z Krakowa: „O zachowaniu się w organizmie

zwierzęcym szeregu eterów złożonych kwasu salicylowego" (ciąg dalszy badań ogłoszonych). 164) Dr. W. Humnicki z Krakowa: „O hipokoprosterynie". 165) Radca Dr. Fr. Chłapowski z Poznania: „O niektórych skamielinach osobliwszych, zachodzących w pośród *diluvium* poznańskiego". 166) „Przyczynek do górnojurajskiej fauny kujawskiej w Poznańskiem". 167) „Leczenie stenokardyi kąpielowe, — na mocy szeregu obserwacyj w Kissingen". 168) „O częstości przemijającego rozszerzenia źrenicy, wskutek zaburzeń kanału pokarmowego". 169) „O niewspomnianem dotąd uszkodzeniu zachodzącem często u kobiet, ćwiczących się w jeździe na kole".

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło d. 1 czerwca posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Lewkowicz przedstawił dwa rzadkie przypadki chorobowe z kliniki pedyatrycznej; kol. prof. Browicz miał wykład: O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobnej i o pochodzeniu melaniny w nowotworach barwikowych.

(O. B.) W krakowskim Zakładzie szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi w roku bieżącym leczono: w miesiącu styczniu osób 18, w lutym 16, w marcu 15, w kwietniu 40, w maju 31, razem osób 120.

W tej liczbie: 1) pokąsanych przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły próbne szczepienia ich mózgu królikom pod oponę twardą, osób 17; 2) przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska, osób 74; 3) przez zwierzęta, podejrzane o wściekliznę, osób 28; 4) przez psa, który gryzł się z psem wściekłym 1, razem osób 120.

Z leczonych zmarła na wodowstręt jedna osoba, silnie pokąsana w głowę.

Zanim podamy bliższe szczegóły o działalności Zakładu szczepiennego, za ubiegające pięciolecie, zaznaczyć należy widoczne z roku na rok powiększanie się liczby osób pokąsanych i leczonych, oraz wzrastające zaufanie lekarzy i ludności do tego sposobu. Zaufanie okazuje się w tem, że zgłaszają się coraz częściej osoby ukąszone, lecz niewątpliwie niekwalifikujące się do leczenia, celem tylko porady. Zaznaczyć również należy, że środki materyalne i pomieszczenie Zakładu coraz bardziej są niewystarczające i wkrótce potrzebie zupełnie odpowiedzieć nie zdołają. Sześćset złr., jakie przyznał Wydział krajowy na ten cel, jest zaledwo częścią kosztów, potrzebnych na utrzymanie Zakładu. Wiadomo przytem powszechnie, że pokąsanymi bywają najczęściej ci, co pieszo, a w dodatku często i boso, chodzą, a więc nie tylko na leczenie nie mają, ale często na utrzymanie i koszta podróży im nie wystarcza; skutkiem czego nieraz Zakład nie jest w stanie zadowolnić tych wszystkich potrzeb i sam się w finansowych kłopotach znajduje.

Gminy i władze, wysyłające pokąsanych do szczepienia, zwykle dają im na drogę tak mało, że nawet na podróż powrotną nie wystarcza.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posady trzech asystentów przy klinice położniczo-ginekologicznej, z płacą roczną po 600 złr.

Pierwszeństwo mieć będą kandydaci, którzy wykażą się praktyką w klinice chirurgicznej, lub w oddziale chirurgicznym i posiadają biegłość w badaniach histologicznych. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 1 lipca, 1898 roku.

(r.) Wiedeńska Izba lekarska powzięła w sprawie techników dentystycznych i wykonywania praktyki dentystycznej następujące uchwały: 1. Ponieważ technika dentystyczna jest nieodłączną częścią dentystyki, dlatego technicy dentystyczni mogą istnieć tylko jako pomocnicy dentystów. 2. Technikom wzbronione jest wykonywanie zabiegów w jamie ust człowieka. 3. Nie należy na przyszłość wydawać koncesyi technikom. 4. Dentystą może się nazywać tylko lekarz, który odbył jednoroczną praktykę u dentysty, lub w zakładzie dentystycznym. 5. Obecnie już koncensyonowanym technikom wzbronić należy utrzymywania gabinetów ordynacyjnych, narzędzi operacyjnych i leków.

(r.) (Higiena w wagonach kolejowych). Postanowieniem z dnia 23 kwietnia 1898 r. zarządziło Ministeryum kolei żelaznych, aby w wagonach umieścić ogłoszenie, zwracające uwagę, że nienależy pluć na ziemię. W wagonach, którymi jeżdżą chorzy na choroby płucne do miejsc kąpielowych, umieścić spluwaczki, nadto w wagonach III klasy zmywać posadzkę 5% kw. karbolowym.

(r.) Celem uniknięcia przydarzających się pomyłek w ekspedycyi lekarstw, ministeryum, rozporządzeniem z dnia 18 maja b. r. poleca aptekarzom utrzymywanie środków silnie trujących (objętych w farmakopei tabl. I i II) w naczyniach z szlifowanymi korkami szklanymi w postaci krzyża, z trwałym napisem czerwonemi literami i z wyrytą na korku dawką maksymalną. Przy wydawaniu lekarstw stronom ma być zachowany ten przepis, aby lekarstwa, przeznaczone do użytku wewnętrznego, nosiły etykietę białą, do użytku zaś zewnętrznego czerwoną. W rozporządzeniu tem znajduje się także polecenie dla lekarzy, aby, o ile możności, niezapisywali na jednej recepcie lekarstw do użytku wewnętrznego i zewnętrznego, lecz czynili to na dwóch osobnych kartkach; dalej, aby określali w sygnaturze szczegółowo przeznaczenie lekarstwa, a unikali oznaczenia: »wiadomo«.

* Przeszczepienia jajników, z dodatnim wynikiem, dokonał Grigoriew na samicy królika. Jajniki przeszczepione zachowały prawidłową budowę i biologiczne własności. (»Przegląd weterynaryjny, Nr. 6).

* W Mozartowskiem muzeum w Salzburgu jest rysunek, przedstawiający najdokładniejszy obraz ucha Mozarta, a obok rysunek drugi będący wzorem anatomicznym ucha prawidłowego. Ucho Mozarta odbiega od przeciętnego pierwowzoru ucha ludzkiego swą szerokością, szerokim przyczepem do skóry czaszki; obwód jego stanowi linia elipsoidalna, bez wcięcia przy płatku (lobus); brak mu przytem przeciwskrawka (antitragus), oraz innych znamion właściwych ludzkiemu uchu prawidłowemu, a natomiast są wszelkie cechy ucha antropoidów. Szczegóły te podaje w »Deutsche med. Woch.« (Nr. 22) docent królewiecki Gerber, potrochę wyrażając zdumienie, że niekształtne, poprostu małpie, ucho Mozarta mogło być narządem tak wysoce wrażliwego, a artystycznie tak doskonałego jego słuchu.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Stefan Horoszkiewicz, Tadeusz Merunowicz, Alojzy Szatkowski i Henryk Silbinger.

Nekrologia. Zmarli: Dr. H. Leiblinger, lekarz miejski, zmarł w Brodach.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Z. 10: Dra Noiszewskiego K.: Bezwład wzrokowy i jednoczesne wielowidzenie. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 6: Kamieńskiego St.: Gimnastyka a zdrowie. Dra Higiera: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych (dok.). Młodszego: Przeszkody. Dra Ramoszyńskiego: Błędne zastosowanie nauki lekarskiej. Paszkowskiego M.: Polemika. W *Medycynie* Nr. 23: Downarowiczowej E.: Przypadek choroby Erba (dok.). Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 23: Janowskiego Wł.: O potrzebie jednolitego określania siły jadu błonicowego we wszystkich europejskich fabrykach surowicy przeciwbłoniczej. M. Nenckiego, N. Sieberowej i E. Szumow-Simanowskiej: Odtruwanie toksyn za pomocą soków trawiennych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 15-go Czerwca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kolega Dr. M. Rutkowski: przedstawi chorego, operowanego w klinice chirurgicznej z powodu: *Ectopia vesicae*.

2) Kol. Docent D. Łepkowski: przedstawi chorego z obturatorem, pokrywającym ubytki w jamie ustnej, powstałe z powodu postrzału kulą.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Ogłoszenie konkursu.

Wydział powiatowy w Horodence ogłasza niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Czernelicy.

Płaca roczna wynosi 500 złr. z funduszu powiatowego, 200 złr. z funduszu gminy i 250 złr. jako ryczałt Wysokiego Wydziału krajowego na objazdy.

Starający się o posadę wykazać się ma:

1. dyplomem doktora nauk lekarskich;
2. praktyką dwuletnią w zawodzie lekarskim;
3. obywatelstwem austryackiem;
4. świadectwem zdrowia;
5. znajomością języków krajowych. 131—3—1

Termin zgłoszenia się do **30 czerwca 1898.**